

GERIATRINEN NÄKÖKULMA IÄKKÄÄN SYÖPÄPOTILAAN HOIDOSSA

Johanna Heikkilä
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Maaliskuu 2015

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö

Heikkilä Johanna: Geriatriinen näkökulma iäkkään syöpäpotilaan hoidossa

Kirjallinen työ, 16 s.
Ohjaaja: professori Tiina Saarto

Maaliskuu 2015

Avainsanat: syöpä, geriatria, vanhus, hoitosuunnitelma

Iäkkäiden syövät tulevat väistämättä lisääntymään, kun väestö vanhenee ja suuret ikäluokat tulevat syöpään sairastumisikään (yli 60 vuotta). On tärkeää yhdistää iäkkäiden potilaiden syövän hoitoon onkologian lisäksi geriatria osaamista, sillä iäkkäiden syöpäpotilaiden hoito eroaa työikäisten syöpien hoidosta elimistön ikääntymiseen liittyvien muutosten ja toimintakyvyn osalta. Vanhusten hoidon tulee olla potilaslähtöistä ja siinä tulee ottaa huomioon iäkäs potilas kokonaisuutena eikä vain syöpäsairauden osalta.

Tämä syventävä työ on asiakirjatutkimus, jossa kuvaillaan Suomen ensimmäiset geriatri-onkologisen poliklinikan potilaat. Potilaat ovat yli 80-vuotiaita syöpäpotilaita, jotka ovat käyneet ensikäynnillä HYKS Syöpätautien klinikan geriatri-onkologisella poliklinikalla Helsingissä 09/2011-01/2012 välisenä aikana. Aineiston otoskoko on 45 potilasta.

Tämän kuvailevan tutkimuksen tavoitteena on analysoida ja auditoida ensimmäiset geriatri-onkologisen poliklinikan potilaat sekä arvioida poliklinikan toimintaa.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta geriatri-onkologisen poliklinikan toiminnan käynnistyneen suunnitelman mukaisesti. Potilasohjaus vaikutti onnistuneelta; valtaosa potilaista oli kotona asuvia yli 80-vuotiaita vanhuksia. Hoitavan lääkärin ja potilaan oma arvio hoitolinjasta olivat pääsääntöisesti yhteneviä. Noin puolet potilaista sai onkologista hoitoa, kolmanneksen kanssa päädyttiin seurantaan ja 20% hoitolinjaksi valittiin oireenmukainen hoito. Onkologisen hoidon toteuttaminen oli haasteellista. 60 % hoito toteutui suunnitelmien mukaisesti. 40 % tarvittiin vuodeosastohoitojaksoja pääasiallisesti komplikaatioiden takia. Kuitenkin seurannan päätyttyä (mediaani seuranta-aika 9kk) kaksi kolmasosaa potilaista oli elossa, joten myös yli 80-vuotiaiden syöpäpotilaiden hoitoon tulee panostaa.

Alustavan kokemuksen mukaan geriatriin tuoma osaaminen iäkkään syöpäpotilaan hoitoon vaikutti hyödylliseltä. Se lisää potilaan kokonaisvaltaista ja laaja-alaista huomioon ottamista sekä kiinnittää huomioita asioihin, joihin ei ehkä muutoin puututtaisi.

SISÄLLYS

1 Johdanto.....	1-3
2 Kirjallisuuskatsaus.....	3-6
3 Aineisto ja menetelmät.....	6-7
4 Tulokset.....	7-10
5 Pohdinta.....	11-13
6 Lähteet.....	14
7 Liitteet.....	15-16

1 JOHDANTO

Syöpään sairastumisen riski lisääntyy 50. ikävuoden jälkeen (1). Eliniän odotuksen paraneminen ja vanhojen ikäluokkien väkiluvun kasvu johtaa uusien syöpätapausmäärien kasvuun. Suomessa sodan jälkeiset suuret ikäluokat, jotka ovat syntyneet vuosina 1945-1949, ovat saavuttaneet eläkeiän lisäten syövän ilmaantuvuutta maassamme. Kyseessä ei siis niinkään ole syöpävaaran lisääntyminen, vaan väestön vanhenemisesta johtuva syöpätapausten lisääntyminen.

Vanhemmissa ikäluokissa syöpien ilmaantuvuus niin absoluuttisena uusien tapausten määränä kuin suhteellisenä ilmaantuvuutena 100 000 asukasta kohden on suurinta. Suomessa yleisimmin esiintyvien syöpien kuten rintasyövän, eturauhassyövän ja suolistosyöpien ilmaantuvuus kasvaa etenkin vanhemmissa ikäluokissa. Rintasyövän ilmaantuvuus nousee 50 ikävuoden jälkeen, kun taas suolisto- ja eturauhassyövässä kasvu on suurinta yli 70-vuotiaiden joukossa. (1, 3-4)

Suomessa todetaan vuosittain noin 14100 syöpää miehillä ja 13700 syöpää naisilla. Vuosina 2009-2013 syöpään sairastuneista miehistä 18 % ja naisista 23 % oli yli 80-vuotiaita (5). HYKS Syöpätautien klinikan uusista potilaista vuonna 2009 joka kymmenes oli 80-vuotias tai vanhempi (80-101 vuotta) ja joka neljäs oli täyttänyt 75 vuotta (Tiina Saarto, henkilökohtainen tiedonanto).

Toisaalta vanhusten fyysinen kunto on yleisesti parempi kuin aiemmin (1-3). Aiemmin korkea ikä yksinään saattoi olla este syöpähoitojen aloittamiselle. Tilanne on muuttunut, sillä monet vanhukset viettävät aktiivista elämää asuen itsenäisesti omissa kodeissaan ja haluavat aktiivista hoitoa syöpäänsä. Myös lääketiede on kehittynyt, joten syövänhoidon mahdollisuudet ovat lisääntyneet ja niitä on tarjolla enemmän (6).

Tällä hetkellä syövän hoito koostuu kirurgiasta, hormonaalisista hoidoista, solunsalpaajista, sädehoidosta, isotooppihoidosta ja biologisista lääkkeistä. Syövän hoitolinjoja on neljä; syövän parantava hoito eli kuratiivinen hoito, syövän etenemistä hidastava hoito eli ei-kuratiivinen hoito, oireenmukainen hoito eli palliatiivinen hoito sekä saattohoito. Kuratiivistavoitteisella hoidoilla pyritään parantamaan ihmisen syövästä. Aina tämä ei ole mahdollista. Tällöin hoidoilla pyritään saamaan lisäelinaikaa, ehkäisemään syövän aiheuttamia oireita ja parantamaan jäljellä olevan elämän laatua. Syöpähoidot ovat raskaita, ja voivat myös heikentää merkittävästi potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Riski on eritoten suuri vanhusväestössä. (6)

Geriatrisonkologinen toiminta, jossa ikääntyneen syöpäpotilaan hoitoon on tuotu geriatrinen näkökulma onkologisten hoitojen oheen yhteistyössä geriatrien kanssa, on vakiintunut toimintamalli suurimmissa syöpäkeskuksissa länsimaissa. Suomessa on perustettu ensimmäinen geriatrisonkologinen poliklinikka Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syöpätautien klinikalle syksyllä 2011. Siihen on tarvetta, sillä potilaiden valinta hoitoihin pelkän kalenteri-ian perusteella voi johtaa sekä yli- että alihoitoon (7). Alihoidolla pahimmillaan menetetään mahdollisuus parantaa syöpä taikka hallita syöpää. Ylihoito voi puolestaan johtaa toimintakyvyn laskuun ja laitostumiseen.

Läkkäiden syöpäpotilaiden hoito asettaa paljon haasteita. Suurin ongelma on se, että vanhusten syöpää on tutkittu vähän. Yleensä syöpätutkimukset toteutetaan keski-ikäisillä ja hyväkuntoisilla potilailla, jolloin tulokset eivät ole aina sovellettavissa vanhusväestöön. Suurin osa nykyisistä syöpien hoitosuosituksista perustuu alle 65-vuotiaiden potilaiden hoidossa saatuihin tietoihin (8). Yleisimmistä syöivistä on tehty jonkin verran tutkimuksia myös ikääntyneellä väestöllä, mutta niidenkin heikkoutena on se, että suurin osa näihin tutkimuksiin osallistuneista potilaista on 60-75-vuotiaita ja vain marginaalinen hyvin valikoitunut osa yli 80-vuotiaita (9,10). Vanhempien ihmisten hoidossa on huomioitava paljon erityispiirteitä. Vanhusväestössä muistisairaudet yleistyvät ja toimintakyky voi olla alentunut, mikä aiheuttaa haasteita hoitojen toteuttamiselle. Tulehdusvaara on noussut, luut ovat hauraampia ja elintoiminnot ovat heikentyneet. Heikentynyt munuaisten toiminta mm. voi johtaa muuttuneeseen lääkkeiden vaikutukseen ja siedettävyyteen (11). Lukuisat perussairaudet voivat rajoittaa onkologisia hoitomahdollisuuksia (6, 12). Jopa syövät voivat käyttäytyä eri tavoin vanhemmilla ihmisillä kuin nuoremmilla (7, 11, 13). Tähän kaikkeen tarvitaan sekä onkologista että geriatrasta osaamista (11). Vanhuksen syövänhoidon valintaan vaikuttavat syövän lisäksi potilaan toimintakyky, muut sairaudet sekä psykososiaaliset tekijät; vanhus on kokonaisuus, jonka hoidossa täytyy miettiä sekä syövän hoitoa että hoitojen aiheuttamia haittavaikutuksia potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun (6).

HYKS Syöpätautien klinikan geriatrisonkologinen poliklinikka aloitti toimintansa elokuussa 2011 ja jatkuu edelleen. Yli 80-vuotiaat potilaat ohjataan ensikäynnille geriatrisonkologiselle poliklinikalle hoitoarvioon. Kaikille yli 75-vuotiaille tehdään ensikäynnin yhteydessä toimintakykykysely, jonka perusteella arvioidaan geriatrisen arvion tarpeellisuus. Geriatri arvioi potilaan yleistilaa ja toimintakykyä, kartoittaa perussairaudet ja niiden mahdolliset vaikutukset toimintakykyyn ja hoitojen siedettävyyteen, lisäksi arvioidaan tukitoimien ja apuvälineiden tarve, sekä keskustellaan potilaan toiveista ja odotuksista hoidoista ja jäljellä olevasta elämästä. Geriatri

myös seuraa potilaan jaksamista hoitojen aikana.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on analysoida geriatrisonkologista toimintaa ja kuinka sitä voisi kehittää. Tässä aineistossa kuvataan Suomen ensimmäisen geriatrisonkologisen poliklinikan ensimmäiset potilaat. Näiden tulosten perusteella voidaan alustavasti arvioida miten toiminnassa on onnistuttu; ovatko ensimmäiset potilaat valittu oikein ja miten heidän hoitosuunnitelmansa on onnistunut.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

Geriatrasta näkökulmaa iäkkäiden syöpäpotilaiden hoidossa on tutkittu paljon (14-16). Ikääntyminen aiheuttaa monissa elimissä ja elinjärjestelmissä toiminnallisen reservin pienenemistä, josta seuraa liitännäissairauksia. Nämä johtavat siihen, että ihmisen eliniänodote ja elimistön stressin sietokyky laskee johtaen näin lisääntyneeseen riskiin haavoittuvuudelle ja toiminnalliselle riippuvuudelle. Myös masentuneisuus, vajaaravitsemus ja monilääkitys lisää vanhuksen haavoittuvuutta (15).

Viime vuosikymmenien aikana onkologien ja geriatrien välinen yhteistyö on lisääntynyt. Yhtenä esimerkkinä tästä on kokonaisvaltaisen geriatrisen arvion (CGA= comprehensive geriatric assessment) käytön yleistyminen iäkkäiden syöpäpotilaiden hoidossa (6). Tämä arviointi sisältää vanhuksen toiminnallisen kyvyn, liitännäissairauksien, kognition, ravitsemuksen, psyykkisen tilan, sosiaalisen tuen ja lääkitysten osa-alueet. Vaikka yleisesti näiden arvioiden suorittamista iäkkäillä potilailla suositellaan, ei geriatrisesta arvioinnista ja sen käytöstä ole lopullista konsensusta (16). (SIOG = International Society of Geriatric Oncology (17) ja NCCN = The US National Comprehensive Cancer Network (18).)

Extermannin ja työtovereiden katsauksessa vuodelta 2007 käytiin läpi kattavan geriatrisen arvioinnin hyötyä iäkkäiden syöpäpotilaiden hoidossa. Katsauksessa tulokseksi saatiin, että kokonaisvaltaista geriatrasta arviointia voidaan käyttää hyödyksi ennustettaessa iäkkään syöpäpotilaan liitännäissairauksia ja kuolleisuutta. Katsauksessa todettiin arvioinnin tuovan esille olennaisia ongelmia liittyen syöpähoitoihin, joita ei ilman geriatrin arviointia olisi todettu. (14)

Balducci toi katsauksessaan esiin moniammatillisen ja monialaisen työryhmän merkityksen iäkkäiden syöpäpotilaiden hoidossa (15). Iäkkään potilaan hoito edellyttää yhä enemmän kokonaisvaltaista lääketieteellistä arviota potilaan voinnista ja yleisilasta. Moneen erikoisalaan pilkkoutuva hoito ilman kokonaisvaltaista arviota tuottaa vain harvoin hyvän lopputuloksen iäkkään ihmisen hoidossa. Balducci toi esille, ettei iäkkään potilaan syövänhoidon päämäärät eroa nuorempien potilaiden hoitotavoitteista (syövän parantaminen, eliniän pidentäminen, elämänlaadun ylläpitäminen sekä oireiden lievittäminen). Erityisesti aktiivisten elinvuosien pidentämisestä on tullut vuosien saatossa yhä tärkeämpää myös vanhusväestössä. Tämä kuitenkin edellyttää syövänhoidon lisäksi paljon muiden lääketieteen osa-alueiden hyödyntämistä kuten esimerkiksi sisätauteja, psykiatriaa, kirurgiaa ja anestesiologiaa. Lisäksi myös ei-lääketieteellisiä asioita tulee huomioida (esimerkiksi sosiaaliset näkökulmat ja arjesta selviytyminen). Siksi hoitotiimiin tulisi kuulua eri alojen asiantuntijoita kuten farmaseutteja, sosiaalityöntekijöitä ja ravitsemusterapeutteja, jotta hoito voidaan toteuttaa turvallisesti ja tehokkaasti. Erityisen keskeiseksi tuotiin sairaanhoitajan rooli vanhuspotilaan hoidossa.

Balducci (15) esittää kolmen eri esimerkin avulla monialaisen tiimin lähestymistapaa iäkkään syöpäpotilaan hoidossa kolmella eri alueella: geriatrisessa arvioinnissa, polyfarmasian ongelmissa ja omaishoitajan tuessa. Ensimmäisessä esimerkissä Balducci (2003) tuo esille kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin (GCA) tärkeyden, joka on jo kauan ollut isossa roolissa potilaan terveydentila- ja toimintakykyarviota suoritettaessa. Balduccin esimerkin mukaisessa kokonaisvaltaisessa geriatrisissa arvioissa on mukana aina hoitaja, joka yleensä tekee potilaasta ensimmäisen arvion mukaan lukien toimintakyvyn arvioinnin. Ryhmässä on sosiaalityöntekijä, joka arvioi kognitiota, elinoloja ja mahdollista omaishoitajan tarvetta. Farmaseutti arvioi potilaan polyfarmasiaa ja ravitsemusterapeutti ruokailutottumuksia. Vastuussa on hoitava lääkäri, joka päättää ensimmäisenä hoitolinjat. Esimerkin mukaan ideaalista olisi vielä mahdollisuus konsultoida lääketieteellisistä ongelmista eri alojen erikoislääkäreitä.

Toisena esimerkkinä pohditaan polyfarmasiaa, jonka esiintyvyys nousee iän myötä osaksi lisääntyvien liitännäissairauden vuoksi, mutta myös käsikauppalääkkeiden ja uusien lääkkeiden markkinoille tulon myötä. Kirjoittajat toteavat lääkeinteraktioita esiintyvän lähes varmasti, mikäli potilas syö kahdeksaa eri lääkettä päivässä. Tämä ongelma olisi parhaiten hoidossa, jos potilaan hoitotiimiin kuuluisi farmaseutti. Lisäksi tarvitaan geriatrista osaamista. (15)

Viimeisessä esimerkissä tuodaan esiin perhepiiristä saatavan avun tärkeys, joka on keskeinen apu kaikille iäkkäille potilaille eikä vain niille, jotka kärsivät liikuntarajoitteista tai muistiongelmista.

Parhaimmillaan omaishoitaja voisi antaa henkistä tukea potilaalle, varmistaa asianmukaisen ravinnon ja liikunnan sekä huomata vanhuksen terveydentilan poikkeavat muutokset. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeä tietää, kuka perheenjäsenistä toimii omaishoitajana, jotta hoidot onnistuisivat ja kommunikaatio olisi turvattu. Moniammatillinen tiimi voisi tukea omaishoitajaa tämän tärkeässä tehtävässä. Tiimi neuvoisi kuinka selvitä yleisistä ongelmista hoitojen aikana syöpäpotilaan kanssa, kuinka pitää huoli omasta terveydestä ja antaa neuvoa syöpäpotilaan ravitsemuksesta. Balduccin mukaan tulevaisuuden yksi tärkeimmistä tutkimuksen aiheista tulee koskemaan moniammatillista tiimityöskentelyä ja sen vaikutuksia potilaan terveydentilaan ja ennusteeseen. (15)

Putsin kirjallisuuskatsaus vuodelta 2012 on ensimmäinen laaja katsaus geriatrisen arvioinnin yhdistämisestä onkologiseen hoitoon (16). Katsauksen tarkoituksena oli selvittää tämänhetkinen tilanne geriatrisesta arvioinnista syövänhoidossa sekä tutkia arvioinnin toteuttamismahdollisuuksia ja psykometrisia ominaisuuksia. Lisäksi katsauksen tarkoituksena oli systemaattisesti arvioida geriatrisen arvioinnin todennäköisyyttä ennustaa kuolemaa ja hoitojen komplikaatioita sekä vaikuttavuutta syövän hoitolinjaan. Kirjallisuuskatsaus käsittää 78 neljällä eri kielellä (englanti, hollanti, ranska, saksa) tehtyä tutkimusta ajanjaksolta 01/1996-11/2010.

Katsaukseen mukaan otetut tutkimukset olivat laadullisesti heikkoja tai korkeintaan kohtalaisia. Tutkimuksista 11 selvitti geriatrisen arvioinnin psykometrisia ominaisuuksia tai diagnostista oikeellisuutta. Valtaosin ne keskittyivät mittaamaan potilaiden terveydentilaa ja toimintakykyä. Keskimäärin arvion teko kesti 10-45 minuuttia. Yhdeksässä tutkimuksessa arvioitiin geriatrisen arvioinnin osa-alueiden yhteyttä hoitojen komplikaatioihin. Kuudessa tutkimuksessa todettiin, että puutteet geriatrisen arvioinnin jollain osa-alueella johtivat usein hoito- ja postoperatiivisiin komplikaatioihin, kuten hoitojen redusointiin ja leikkaushaavojen infektoihin. Keskimäärin potilaiden puutteet liittyivät arjen selviytymiseen, liitännäissairauksiin ja heikkoon mielenterveyteen. Kuudessatoista tutkimuksessa arvioitiin geriatrisen arvioinnin menetelmän käyttöä kuolleisuuden ennustamiseen. Kahdeksassa tutkimuksessa todettiin, että arvioinnin osa-alueilla havaitut puutteet ennustivat kuoleman vaaraa. Vain neljä tutkimusta tutki arvioinnin vaikutusta hoitolinjapäätökseen; niistä kahdessa geriatrinen arvio vaikutti noin joka toiseen hoitolinjapäätökseen. (16)

Putsin katsauksessa päädyttiin siihen, että geriatrinen arviointi yhdistettynä syöpähoitoihin on toteuttamiskelpoinen. Geriatrisella arviolla voidaan ennakoida hoitokomplikaatioita ja osin myös kuolleisuuden riskiä. Katsauksen mukaan on kuitenkin liian vähän näyttöä siitä, että arviointi

vaikuttaisi potilaan hoitolinjoihin.

Geriatrisesta arvioinnista tarvitaan lisää laadukkaita tutkimuksia. Erityisesti tutkittavien ryhmien homogeenisyydessä oli toivomisen varaa, jotta pystyttäisiin tekemään tarkempia johtopäätöksiä mm. geriatrisen arvion vaikuttavuudesta hoitolinjapäätökseen. Myös geriatrisen arvioinnin vaikutuksesta iäkkään potilaan elämänlaatuun tarvitaan lisää tutkimuksia. Lisäksi pitäisi kehittää lyhyempiä arviointimenetelmiä, jotta saataisiin selville ne iäkkäät, jotka eniten hyötyisivät laaja-alaisesta geriatrisesta arvioinnista. (16)

Valtaosa tutkimuksista ja katsauksista päätyi pitämään geriatrista arviointia hyvänä työkaluna iäkkäiden syöpäpotilaiden hoidossa. Onkologinen osaaminen on toki keskeistä hoidettaessa iäkkäitä syöpäpotilaita ja valittaessa sopivaa hoitolinjaa, mutta paras tulos saadaan, jos hoitoon yhdistetään geriatrinen osaaminen. Ilman kokonaisvaltaista moniammatillista arviota iäkkään syöpäpotilaan terveydentilasta ja psykososiaalisista taustatekijöistä jää hoitoarvio ja sitä kautta hoitosuunnitelma usein vaillinaiseksi. Koska tutkimuksissa on edelleen paljon metodologisia ja laadullisia heikkouksia, tarvitaan lisää laadukkaita tutkimuksia aiheesta, eritoten geriatrisen arvion vaikuttavuudesta hoitolinjan valintaan ja potilaiden elämänlaatuun.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkittavat henkilöt olivat iäkkäitä syöpäpotilaita, jotka olivat käyneet ensikäynnillä HYKS Syöpätautien klinikan geriatrisonkologisella poliklinikalla Helsingissä 09/2011-01/2012 välisenä aikana. Aineistoon otettiin yli 80-vuotiaita tai erityisen raihnaisia yli 75-vuotiaita potilaita. Aineiston otoskoko oli 45 potilasta. Geriatrisonkologisella poliklinikalla työskentelee kaksi osa-aikaista onkologia ja sairaanhoitaja, jotka ovat perehtyneet geriatriaan, sekä osa-aikainen geriatri.

Kyseessä oli asiakirjatutkimus, joka ei vaatinut eettisen toimikunnan kannanottoa. Asia varmistettiin HYKS eettiseltä toimikunnalta. Potilaita hoidettiin HYKS Syöpätautiklinikalla klinikan hoitokäytännön mukaisesti, eikä heille koitunut tutkimuksesta mitään ylimääräistä vaivaa.

Tiedot kerättiin kaavakkeelle aineistoon kuuluvien potilaiden sairauskertomuksista HYKS Syöpätautien klinikalla. Kaavake tehtiin itse ja siihen kerättiin tietoa potilaspopulaatiosta (ikä,

sukupuoli ja äidinkieli), syöpäsairaudesta (diagnoosi, syövän levinneisyys, hoitolinja, hoito, hoidon toteutuminen, hoidon mahdolliset sivuvaikutukset), hoitomyöntyvyydestä, muista sairauksista, lääkityksistä, geriatrin vastaanottokäynneistä, mahdollisista tukitoimista, apuvälineistä ja asumismuodosta. Potilaita seurattiin 08/2012 saakka.

Tiedot tallennettiin Exel-pohjaiseen tiedostoon ja analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Kyseessä oli kuvaileva tutkimus, joten tilastollista vertailua ei tehty, mutta aineiston jatkuvia muuttujia kuvattiin jakaumien tunnusluvuin (mm. keski-arvo, mediaani ja vaihteluvälit). Tuloksista tehtiin yhteenvetona kaksi taulukkoa.

Aineiston asiakirjat säilytettiin lukitussa tilassa HYKS Syöpätautien klinikalla. Aineisto tallennettiin sähköiseen muotoon ilman henkilötietoja tunnistekoodia käyttäen.

4 TULOKSET

Keskimääräinen seuranta-aika oli 9 kk (vaihteluväli: 1-12 kk). Kaksikymmentäkuusi (58%) potilasta oli elossa seurannan päättyessä.

Potilaiden tarkempi kuvaus on esitetty taulukossa 1. Potilaat pääsääntöisesti asuivat kotona yksin tai puolison kanssa. Valtaosalla potilaista oli syövän lisäksi myös muita sairauksia, joista yleisimpiä olivat sydän- ja verisuonisairaudet.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat käyttivät keskimäärin neljää (vaihteluväli: 1-15) eri lääkettä päivässä. Kuusi potilasta käytti yli kymmentä eri lääkettä päivittäin. Parasetamoli oli käytetyin kipulääke. Vain neljä potilasta käytti vahvoja opioideja (fentanylilaastari) ja kaksi heikkoja opioideja (kodeiini).

Seurannan aikana kuusi potilasta joutui siirtymään kotoa muuhun hoitopaikkaan (kaksi saattohoitokotiin ja neljä sairaalan vuodeosastolle). 19 potilasta (42%) sai tukitoimia kotiin. Kolmella oli samanaikaisesti kaupungin kotisairaalan sekä kotihoidon palvelut käytössä ja yhdellä kävi saattokodin kotisairaanhoidon.

Alun perin 16 potilaalla (36%) oli jokin apuväline käytössä (yleisimmin rollaattori tai keppi).

Seurannan aikana kuudella potilaalla tilanne muuttui: Kaksi potilasta sai pyörätuolin, kolme rollaattorin ja yksi potilas vaihtoi pyörätuolin kyynärsauvoihin.

Taulukko 1. Potilaiden kuvaus

Ikä, vuosia (mediaani (vaihteluväli))	83 (79-92)
Sukupuoli	
Naisia	21 (47%)
Miehiä	24 (53%)
Äidinkieli	
Suomi	35 (78%)
Ruotsi	10 (22%)
Perhetilanne	
asuu yksin	26 (58%)
asuu puolison kanssa	16 (36%)
asuu sisaren kanssa	2 (4%)
tieto puuttuu	1 (2%)
Asumismuoto	
koti	42 (93%)
hoitolaitos	3 (7%)
Muita sairauksia	
kyllä	41 (91%)
ei	4 (9%)
Sydän-ja verisuonisairaudet	33 (73%)
verenpainetauti	20 (44%)
koronaaritauti	11 (24%)
valtimonkovettumistauti	2 (4%)
sydämen vajaatoiminta	2 (4%)
Keuhkosairaudet	6 (13%)
keuhkohtaumatauti	1 (2%)
astma	4 (9%)
Diabetes	10 (22%)
Artroosi	2 (4%)
Osteoporoosi	6 (13%)
Lääkkeiden lukumäärä mediaani (vaihteluväli)	4 (1-15)
Kipulääkkeet	
vahva opioidi	4 (9%)
heikko opioidi	2 (4%)
Tulehduskipulääke	4 (9%)
Parasetamoli	8 (18%)
Tieto puuttuu	1 (2%)
Varfariini	9 (20%)
Apuväline	
kyllä	16 (36%)
ei	29 (64%)
sai hoidon aikana apuvälineen	6 (13%)
Tukitoimet	19 (42%)
kotihoito	9 (20%)
kotisairaala	12 (27%)

Taulukossa 2. on esitelty potilasaineiston syöpädiagnoosit ja käytetyt syövän hoidot. Geriatrisonkologiselle poliklinikalle ohjautui eniten ruuansulatuskanavan syöpiä sairastavia potilaita. Syövät olivat sekä paikallisia (42 %) että levinneitä (58 %). Levinnyttä syöpää sairastavista potilaista 12 (27 %) syöpä oli levinnyt useampaan kuin yhteen elimeen.

Potilaita ei rajattu hoitolinjan mukaan, vaan potilaita tuli sekä kuratiiviseen että jarruttavaan hoitoon, mutta myös palliatiiviseen hoitoon ja seurantaan. Saattohoitopotilaita ei ohjautunut geriatrisonkologiselle poliklinikalle. Joka toisen kohdalla päädyttiin onkologiseen hoitoon (24 potilasta), mikä olikin potilaiden toiveiden mukaista. Syövän hoidon saaneista potilaista oli 14 elossa seurannan päättyessä, mikä on 58 % kaikista syövän hoitoa saaneista potilaista.

Syövän hoito toteutui suunnitelman mukaisesti 27 (60%) potilaalla. Lopuilla 18 potilaalla hoidon aikana suunnitelmasta tai aikataulusta poikettiin. Syitä tähän olivat esimerkiksi lääkkeen vaihto toiseen (2 potilaalla), infektio kesken hoidon (1 potilas), voimakas pahoinvointi (1 potilaalla), maksakirurgin konsultaation odottaminen (1 potilas), toimintakyvyn lasku johtaen annoksen redusointiin (2 potilaalla) ja menehtyminen (1 potilas). Hoidon aikana 12 potilaalla (27 %) hoitolinja vaihtui, muuttuen useimmiten oireenmukaiseksi. Syitä hoitolinjan muutokseen olivat yleistilan lasku (3 potilaalla), toivotun hoitovasteen puute (1 potilas), syövän eteneminen (3 potilaalla), lähtökohtaisesti syövän laaja levinneisyys (2 potilaalla) tai vaikeus toteuttaa hoitoa turvallisesti (1 potilaalla). Kahdella potilaalla hoitolinja muuttui seurannaksi tyydyttävän hoitotuloksen myötä, jolloin hoito luonnollisesti toteutui onnistuneesti.

Valtaosa eli 32 potilasta tapasi myös geriatrin. Ne 13 potilasta, jotka eivät tavanneet geriatria, kertoivat syyksi jaksamisen puutteen, kokivat sen kuormittavan nykytilannetta, eivät kokeneet tarvetta tai eivät halunneet tulla.

Seurannassa osastojaksoja oli 18 (40 %) potilaalla. Osastojaksot olivat valtaosin hoidon komplikaatioista johtuvia (89 %). Yleisimmät syyt osastojaksoille olivat yleistilan lasku ja infektiot (pneumonia, pyelonefriitti, neutropenia, syvä laskimotukos, keuhkoembolia). Kahdella potilaalla osastojakso johtui hoitoon liittyvistä toimenpiteistä (maksabiopsian otto ja maksametastaasin resektio). Keskimäärin osastojaksoja oli 1 (vaihteluväli 0-6 osastojaksoa) per potilas.

Taulukko 2. Syöpä ja sen hoidot

Syöpätyyppi	
paksu- tai peräsuolisyöpä	17 (38%)
eturauhassyöpä	8 (18%)
maksasyöpä	4 (9%)
Non-Hodgkin lymfooma	4 (9%)
haimasyöpä	3 (6%)
muut	9 (20%)
Levinneisyys	
paikallinen	19 (42%)
levinnyt	26 (58%)
Etäpesäkkeiden sijainti	
maksa	14 (31%)
imusolmukkeet	10 (22%)
keuhkot ja pleura	9 (20%)
luusto	5 (11%)
aivot	1 (2%)
muu	9 (20%)
Hoitolinja	
kuratiivinen	6 (13%)
jarruttava	17 (38%)
oireenmukainen	9 (20%)
saattohoito	0
Seuranta	13 (29%)
Onkologinen hoito	24 (53%)
solunsalpaaja	20 (44%)
<i>liitännäishoito</i>	<i>6 (13%)</i>
biologinen hoito	5 (11%)
endokriininen hoito	1 (2%)
palliativinen sädehoito	3 (6%)
Ei onkologista hoitoa	21 (47%)
Halukas saamaan onkologisia hoitoja	
kyllä	26 (58%)
ei	9 (20%)
ei osaa sanoa	3 (6%)
tieto puuttuu	7 (16%)
Hoitolinjan muutos	12 (27%)
Kuratiivisesta jarruttavaksi	1 (2%)
Siirtyminen oireenmukaiseen	9 (20%)
Siirtyminen seurantaan	2 (4%)
Hoito toteutui suunnitelman mukaan	
kyllä	27 (60%)
ei	18 (40%)
Geriatrin vastaanotto	32 (71%)
Osastojaksot	
0	27 (60%)
1	9 (20%)
2	7 (16%)
>3	2 (4%)

5 POHDINTA

Tämän tutkimuksen päätarkoitus oli kuvailla Helsinkiin HYKS:n syöpätautien klinikalle perustetun uuden geriatrisonkologisen poliklinikan potilasmateriaalia sekä toimintaa. Tutkimusaineiston muodostivat ko. poliklinikan ensimmäiset potilaat.

Naisia ja miehiä ohjautui poliklinikalle kutakuinkin saman verran. Äidinkieleltään ruotsinkielisiä potilaita oli suhteessa ruotsinkielisen väestön osuuteen paljon (22 %), sillä Suomessa asui vuonna 2013 noin 5,3 % äidinkielenään ruotsia puhuvia suomalaisia (14). Suomenruotsalaiset ovat keskimäärin korkeampaa sosioekonomista väestöryhmää ja siten myös pidempi-ikäisiä kuin suomenkieliset (1). Tosin aineiston pienuudesta johtuen kyseessä voi myös olla sattuma.

Mahasuolikanavan, etenkin suolistosyöpien, ylliedustus aineistossa johtui oraalisisistä hoitovaihtoehtoista, kuten oraalisisistä solunsalpaajista, jotka soveltuvat hyvin myös iäkkäille ja heikkokuntoisille potilaille. Rintasyövän vähäinen esiintyvyys aineistossa johtui pääasiassa endokriinisten hoitojen käytöstä vanhusväestöllä hormonireseptoriposiitiivisten kasvainten ollessa yleisiä tässä väestöryhmässä. Endokriinisen hoidon toteuttivat onkologit. Eturauhassyövän endokriinisen hoidon arvioi urologi, mutta kastroatioresistentin eturauhassyövän hoito toteutettiin Syöpätautien klinikalla. Eturauhassyöpä olikin toiseksi yleisin syöpämuoto aineiston potilailla.

Kerätyn tiedon perusteella geriatrisonkologisen poliklinikan perustaminen toteutui suunnitelmien mukaan ja oikeat potilaat ohjautuivat poliklinikalle. Ensimmäiset potilaat olivat keskimäärin yli 80-vuotiaita, kuten oli suunniteltu. Aineistossa oli mukana yksi 79-vuotias, joka oltiin otettu mukaan tutkimukseen raihnaisuuden vuoksi. Potilaat olivat suureksi osaksi kotona asuvia ja he tulivat itsenäisesti toimeen arkiaskareissaan. Täten he olivat potentiaalisia kandidaatteja onkologisille hoidolle. Potilaat olivat kuitenkin haasteellisia, sillä monilla oli useita sairauksia ja paljon eri lääkkeitä käytössä. Vaikka yli puolet potilaista asui vielä kotona, joka kolmannella oli apuväline käytössä ja vajaalla puolella oli kotihoiton tai kotisairaalan tuki. Yli puolet potilaista asui yksin.

Geriatrinen arvio tässä potilasryhmässä oli erittäin tärkeää. Hoitolinjausta pohdittaessa pystyttiin samalla hahmottamaan vanhuksen kotona selviytymistä ja tarvittavia tukitoimia. Mielenkiintoista

oli, että joka toisen kohdalla päädyttiin pidättäytymään onkologisesta hoidosta (seuranta tai oireenmukainen hoitolinja) ja tämä noudatti potilaan omia toiveita ja käsityksiä. Aineiston perusteella voidaan olettaa, että iäkkäät potilaat suhtautuvat realistisesti sairauteensa ja eri hoitovaihtoehtoihin, kun heidän kanssaan keskustellaan asioista ja kartoitetaan huolella hoitolinjaukseen vaikuttavat tekijät. Prioriteettina ei näyttäisi olevan pelkästään elinajan pidentäminen tai syövän uusiman riskin pienentäminen, vaan myös muut asiat vaikuttavat hoitolinjan valintaan. Löydös on rohkaiseva kannustaen keskusteluun iäkkäiden ihmisten kanssa hoidon tavoitteista ja mahdollisista hyödyistä ja haitoista.

Onkologista syövän hoitoa toteutettiin noin joka toisella potilaalla, mikä myös meni potilaiden toiveiden mukaan, sillä puolet potilaista oli halukkaita saamaan onkologisia hoitoa. Hoito toteutui 60 %:lla suunnitelmien mukaisesti. Kuudella potilaalla huono hoitovaste ja syövän eteneminen johtivat hoidon keskeyttämiseen. Komplikaatiot olivat syy hoidon keskeyttämiselle kymmenellä potilaalla. Näitä olivat neutropenia ja erilaiset infektiot, yleistilan lasku ja tromboemoliset komplikaatiot. Tämä kertoo myös siitä, että vanhukset ovat haasteellinen potilasjoukko syövänhoidossa, sillä hoitokomplikaatioiden seuraamukset voivat olla vanhusväestössä huomattavasti vakavampia kuin nuoremmilla potilailla ja johtaa hoidon keskeyttämiseen tai pahimmillaan toimintakyvyn pysyvään heikkenemiseen. Tästä osoituksena on suhteellisen korkea osastohoitojaksojen määrä. Noin 40 % potilaista tarvitsi osastohoitoa pääsääntöisesti komplikaatioiden takia. Hoitolinjan ja tehokkaan, mutta turvallisen syövän hoidon valinta, on edelleenkin suurin haaste vanhusten syövän hoidossa.

Tutkimuksen heikkous on aineiston pienuus ja seuranta-ajan lyhyys. Myös tutkimuksen retrospektiivinen luonne heikentää tutkimuksen arvoa. Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sen ainutlaatuisuutta. Aineistossa kuvataan Suomen ensimmäisen geriatrisonkologisen poliklinikan toimintaa. Uudesta poliklinikkatoiminnasta johtuen potilaista oli käytettävissä tavallista enemmän tietoa toimintakyvystä, tukihoidoista ja muusta kuin syöpään liittyvästä terveydentilasta.

Iäkkäiden syövän hoito on tasapainoilua. Toisaalta vaativaa syövän hoitoa ja toisaalta sen seurantaan miten hoidot vaikuttavat vanhuksen elämänlaatuun ja muihin perussairauksiin. Tämän potilasjoukon hoitaminen vaatii osaamista. Yli puolet aineiston potilaista oli elossa seurantajakson (mediaani seuranta-aika 9kk) päätyttyä, joten myös yli 80-vuotiailla on hyvät edellytykset saada arvokasta lisääikää elämäänsä. Syövän hoitoon tulee siis panostaa myös yli 80-vuotiailla, mutta valikoiden ja hyödyt sekä haitat huolella punniten yhdessä potilaan kanssa. Geriatriin tuoma osaaminen antaa lisäymmärrystä vanhuuden tuomiin haasteisiin ja myös laajan kokonaiskuvan

vanhuksen elämäntilanteesta ja toimintakyvystä. Yhdessä geriatriinen ja onkologinen osaaminen antaa paremmat mahdollisuudet oikea-aikaiseen, turvalliseen ja tehokkaaseen syövän hoitoon kuin pelkkä onkologinen arvio. Kyseinen pilotti osoitti geriatrisonkologisen poliklinikkatoiminnan antavan hyvät mahdollisuudet kehittää iäkkäiden syövän hoitoa.

6 LÄHTEET

- 1) Sankkila R, Teppo L, Vainio H. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Kirjassa: Joensuu H, Roberts PJ, Teppo L, Tenhunen M, toim. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007 s.34-48.
- 2) Pukkala E, Sankila R, Rautalahti M. Syöpä Suomessa 2011. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 82. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys 2011 s.64-70.
- 3) Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus 2006. [verkkodokumentti]. https://cancer-fi.directo.fi/@Bin/52456271/image_61_2.pdf [viitattu 02.01.2015].
- 4) Kariniemi A-L. Ihon kasvaimet. Kirjassa: Mäyränpää M, toim. Therapia fennica. Kandidaattikustannus Oy 2007 s.988.
- 5) Suomen Syöpärekisteri. Ajankohtaiset perustaulukot (2006-2010). Insidenssi ikäryhmittäin. [Päivitetty 02.04.2015]. www.cancer.fi/syoparekisteri
- 6) Mäkelä S, Nevala R. Miten ikääntyneen syöpää tulisi hoitaa? Duodecim 2013;129:1579-85.
- 7) Balducci L. Geriatric oncology: challenges for the new century. European Journal of Cancer 2000;36:1741-54.
- 8) Talarico L, Chen G, Pazdur R. Enrollment of elderly patients in clinical trials for cancer drug registration: a 7-year experience by the US Food and Drug Administration. J Clin Oncol 2004;22:4626-31.
- 9) Papamichael D, Audisio R, Horiot J-C, ym. Treatment of the elderly colorectal cancer patient: SIOG expert recommendations. Annals of Oncol 2009;20:5-16.
- 10) Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, ym. Management on elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). The Lancet Oncol 2012;13:e148-60.
- 11) Balducci L. Geriatric oncology. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2003;46:211-20.
- 12) ESMO, European Society for Medical Oncology. Handbook of cancer in the senior patient 2010. Schrijvers D, Aapro M, Zakotnik B, ym. toim. Lontoo, Iso-Britania.
- 13) Carreca I, Balducci L, Extermann M. Cancer in the older person. Cancer treatment reviews 2005;31:380-402.
- 14) Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment in older patients with cancer. J Clin Oncol 2007; 25:1824-1831.
- 15) Balducci L. The role of the multidisciplinary team. Handbook of the cancer in the senior patient. 1. Painos. Lontoo: Informa Healthcare 2010, s. 172-80.
- 16) Puts M. T. E, Hardt J, Monette J, Girre V, Springall E, Alibhai S. M. H. Use of Geriatric Assessment for Older Adults in the Oncology Setting: A Systematic Review. J Natl Cancer Inst. 2012;104(15):1134-1164.
- 17) The SIOG 10 Priorities Initiative 2011. [verkkojulkaisu]. http://www.siog.org/images/SIOG_documents/siog.10.priorities.brochure.pdf [viitattu 04.08.2015].
- 18) NCCN GUIDELINES FOR AGE RELATED RECOMMENDATIONS. Older Adult Oncology 2015. [verkkojulkaisu]. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site [viitattu 04.08.2015].
- 19) Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 5.1.2015]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/>

7 LIITTEET

TIETOJENKERUUKAAVAKE

ID numero	
Sukunimi ja etunimi	
Henkilötunnus	
Ikä (vuosina)	
Sukupuoli	1. mies 2. nainen
Äidinkieli	1. suomi 2. ruotsi
Hoito-osasto	1. PKL 2. Vuodeosasto
Ensimmäinen käyntipäivä	
Dg numero	
Paikallinen syöpä	0. ei 1. kyllä
Metastasoinit: Multipelit elimet Luu Maksa Keuhkot Aivot Peritoneum Pleura Imusolmukkeet Iho Muu, mikä	0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä _____
Hoitolinja	1. Kuratiivinen 2. Syövän etenemistä jarruttava hoito (levinnyt syöpä, onkologinen hoito) 3. Oireenmukainen 4. Saattohoito 5. Seuranta
Vaihtuiko hoitolinja	0. ei 1. kyllä Jos vaihtui, mihin: _____, syy:
Halukas onkologisiin lääkehoitoihin	0. ei 1. kyllä 2. eos 4. Tieto puuttuu
Syövän hoito	0. ei 1. kyllä
Adjuvanttihoito	0. ei 1. kyllä
Sädehoito	0. ei 1. kyllä Kuratiivinen/radikaali sädehoito 0. ei 1. kyllä Palliativinen sädehoito 0. ei 1. kyllä Kemosädehoito 0. ei 1. kyllä
Endokriininen hoito	0. ei 1. kyllä MIKÄ _____
Kemoterapia	0. ei 1. kyllä MIKÄ _____
Biologinen hoito	0. ei 1. kyllä MIKÄ _____
Hoito toteutunut suunnitelman mukaan	0. ei 1. kyllä
Syy poikkeamaan	
Sivuvaikutukset	

Tukitoimet kotihoito kotisairaala sairaala muu, mikä?	0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä _____
Geriatrin vastaanotto	0. ei 1. kyllä
Osastojaksot	____, syy: _____
Perhe (kenen kanssa asuu)	
Asumismuoto	1. koti 2. hoitolaitos 3. sairaala
Muuttuiko asumismuoto	0.ei 1.kyllä jos muuttui mihin: _____
Sairaudet CVD verenpainetauti koronaaritauti ASO sydämen vajaatoiminta mikä muu sydänsairaus? keuhkosairaus COPD astma muu keuhkosairaus mikä muu keuhkosairaus? diabetes munaisten vajaatoiminta maksasairaus TULES sairaus artroosi osteoporoosi kilpirauhasen vajaatoiminta pernisiöösianemia muut sairaudet, mitä?	0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä _____ 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä _____ 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä _____ _____ _____
Lääkkeet, montako Marevan Opioidit opioidi, mikä NSAID Parasetamooli	____ 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä _____ 0. ei 1. kyllä 0. ei 1. kyllä
Apuväline mikä?	0. ei 1. kyllä _____
Tuliko apuvälinettä myöhemmin	0. ei 1. kyllä mikä: _____
Elossa	0. ei 1. kyllä
Lisätietoja	